

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1931-1932. — N° 82

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

PNEUMONIE CENTRALE CHEZ L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Pierre HUMILIEN

Elève à l'École du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

né à Montpellier, le 4 Juillet 1908



Imprimerie de Trévoux

1931

**Contribution à l'Étude
de la Pneumonie Centrale chez l'Adulte**

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1931-1932. — N° 82

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

PNEUMONIE CENTRALE CHEZ L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Pierre HUMILIEN

Elève à l'École du Service de Santé Militaire

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

né à Montpellier, le 4 Juillet 1908



Imprimerie de Trévoux

—
1930

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire ...	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, VALLAS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales
Cliniques chirurgicales
Clinique obstétricale et Accouchements
Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique neurologique et psychiatrique
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies des femmes
Clinique d'oto-rhino laryngologie
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie
Chimie biologique et médicale
Chimie organique et Toxicologie
Matière médicale et Botanique
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Anatomie
Histologie
Physiologie
Pathologie externe
Pathologie interne
Pathologie et Thérapeutique générales
Anatomie pathologique
Chirurgie opératoire
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..
Médecine légale
Hygiène
Thérapeutique
Pharmacie et Pharmacologie
Hydrologie thérapeutique et climatologie

MM. PIC
PAVIOT
TIXIER
BERARD
VORON
ROLLET
NICOLAS
LEPINE (J.)
MOURIQUAND
VILLARD
COLLET
GAYET
NOVE-JOSSEBAND
COURMONT
CLUZET
FLORENCE
MOREL
MANCEAU
GUIART
LATARJET
POLICARD
DOYON
LERICHE
FROMENT
CADE
FAVRE
PATEL
ARLOING (F.)
ETIENNE MARTIN
X.
SAVY
LEULIER
PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie, topographique
Puériculture et hygiène de la première enfance
Chirurgie expérimentale
Applications du radium
Stomatologie

MM. THEVENOT (Léon)
RHENTER
TAVERNIER
NOGIER
TELLIER

AGREGÉS

MM.
NOGIER
ROCHAIX
RHENTER
MAZEL
SANTY
CHALIER (André)
CHALIER (Joseph)

MM.
NOEL
DUMAS
DUFOURT
DEVIC
GABRIELLE
MARTIN (Joseph)

MM.
ROCHET (Ph.)
WERTHEIMER
GATE
BERNHEIM
DECHAUME
POLLOSSON

MM.
CHAMBON
CIBERT
EPARVIER
GUILLEMINET
MORENAS
REBATTU (Ch.)

Examineurs de la Thèse :

M. CADE, Président ;

MM. ROUBIER, DEVIC, J.-F. MARTIN, Assesseurs.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous le remercions de l'excellent accueil qu'il nous a toujours fait dans son service et l'assurons de notre respectueux dévouement.

A MES JUGES

A MONSIEUR JEAN BOUCOMONT

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON,

*qui, dans la rédaction de ce travail
a été pour nous un guide précieux.
Nous le remercions de ses conseils
éclairés et de l'amabilité dont il a
toujours fait preuve à notre égard.*

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Introduction

La question de la pneumonie centrale a, depuis quelques années, suscité de nombreuses études et il peut paraître superflu d'y revenir. Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste travail, d'apporter une solution définitive à un problème déjà étudié par de nombreux auteurs. L'abondance même de leurs travaux prouve bien que l'accord est loin d'être fait sur la question. L'existence de la pneumonie centrale n'est pas encore admise par tous et les avis diffèrent en ce qui concerne sa pathogénie, sa fréquence, ses symptômes.

Aussi, sur les conseils du D^r ROUBIER, et en nous appuyant sur les observations recueillies par lui dans son service, nous avons pensé qu'il serait intéressant de préciser dans ce travail quelques points concernant cette affection.

Sans nous arrêter à la pathogénie qui est actuellement discutée, nous croyons qu'il y a intérêt à étudier les aspects radiologiques et la symptomatologie ; celle-ci est fruste, les symptômes sont peu nombreux.

On peut penser à la pneumonie centrale d'après l'ensemble de la symptomatologie clinique (début, symptô-

mes fonctionnels, évolution de la courbe thermique); on peut l'affirmer seulement à la radioscopie, à cause de la rareté, et même de l'inexistence des signes d'auscultation.

Il y a donc intérêt à étudier comment elle se traduit à l'écran et à analyser de près les rares symptômes cliniques de cette forme de pneumonie.

Nous commencerons par exposer ce que nous entendons par pneumonie centrale, car il nous semble que bien des discussions auraient été évitées si les auteurs s'étaient entendus sur la définition de cette forme de la maladie. Nous envisagerons ensuite les conceptions des divers auteurs et les différents problèmes que soulève la question de la pneumonie centrale. Enfin, dans un dernier chapitre, nous exposerons les réflexions que nous a inspirées l'étude des quelques cas observés dans le service de M. le Professeur agrégé ROUBIER.

Définition

Les auteurs donnent rarement une définition claire de la pneumonie centrale ; c'est peut-être ce qui explique au moins partiellement leurs divergences de vues.

LAËNNEC d'une part, GRISOLLE d'autre part, qui ne disposaient que de l'examen clinique, faisaient le diagnostic de pneumonie centrale, soit sur le caractère profond d'un souffle, soit sur l'absence de signes sthétoscopiques. D'autres auteurs (GARDÈRE) voient dans la pneumonie centrale un foyer placé au centre d'un lobe et n'atteignant la plèvre en aucun point, pas plus au niveau des parois thoraciques que du médiastin et des scissures interlobaires. Pour d'autres enfin (RABINOVITCH), — et ils s'appuient là-dessus pour en nier l'existence, — le foyer central serait une lésion qui débiterait non par les lobules pulmonaires, mais par les ramifications bronchiques.

Nous reviendrons plus loin sur les opinions de ces auteurs et nous nous bornerons pour l'instant à dire ce que nous entendons par pneumonie centrale. Il nous semble que les données de l'auscultation ne permettent pas d'étayer un diagnostic de pneumonie centrale ; tout d'abord la perception du souffle profond décrit par LAËNNEC a été fort discutée ; en second lieu la paucité

des signes sthétacoustiques peut être due à l'existence d'un foyer muet.

Pour nous, la définition de la pneumonie centrale est avant tout radiologique et les rayons X constituent un élément de diagnostic indispensable : *c'est une pneumonie constituée par un foyer à aspect radiologique central, dont l'ombre n'atteint, au moins au début, ni la paroi thoracique, ni le diaphragme.*

Nous nous rallions ainsi à l'opinion de SERGENT qui appelle centrale les opacités para-hilaires. Une telle définition permet de distinguer la pneumonie centrale de la pneumonie muette, qui peut très bien être périphérique ; elle englobe au contraire la pneumonie du lobe moyen, qui s'en rapproche beaucoup par ses signes cliniques ; en ceci nous adoptons l'opinion de RIEDER et de STEPHENSON. Ces auteurs en effet admettent qu'il n'y a pas de différence essentielle entre une hépatisation centrale et la pneumonie du lobe moyen, bien que ce dernier, de petit volume, soit d'ordinaire, rapidement envahi en entier. « Si, déclare STEPHENSON, la pneumonie centrale signifie début au centre d'un lobe, elle ne serait pas prouvée d'une manière définitive dans nos radioscopies ; si elle signifie origine centrale dans la poitrine, de nombreux cas appartiennent à cette classe, commençant vers le hile et s'étendant dans le parenchyme à une distance variable sans atteindre la périphérie. »

D'autre part, il semble que l'intérêt réside surtout dans le diagnostic d'un foyer séparé de la paroi par du tissu sain, et qui donne peu ou pas de signes acoustiques, plutôt que dans la localisation anatomique précise d'une lésion.

Historique

Jusqu'à l'apparition de la radiologie, la pneumonie centrale a été généralement admise sans discussion. LAËNNEC, GRISOLLE, CADET DE GASSICOURT la décrivent dans leurs traités comme une affection relativement fréquente. Il était tout simple, en effet, d'expliquer par un foyer central, séparé de la paroi par du parenchyme pulmonaire encore sain, l'absence des signes habituels de la pneumonie : souffle, râles crépitants, matité. «..... Ultérieurement, disait CADET DE GASSICOURT, le foyer d'hépatisation gagne la périphérie et c'est alors qu'à l'auscultation on entend les signes physiques caractéristiques constitués par le souffle tubaire et son cortège de râles crépitants. » LAËNNEC admettait la pneumonie centrale, mais pour des raisons différentes : il s'appuyait sur les caractères du souffle qu'il disait entendre dans les régions profondes du parenchyme : « Au début, le râle crépitant s'entend profondément en un point circonscrit, et superficiellement on entend le bruit de l'expansion et de la contraction pulmonaires... Une oreille, même médiocrement exercée, saisit parfaitement ces phénomènes profonds, et les distingue aisément des

phénomènes superficiels. » Il ne croyait pas à la pneumonie muette et n'a constaté l'absence de signes stéthoscopiques qu'une fois ; encore croit-il qu'un examen plus prolongé lui aurait permis d'entendre des râles.

GRISOLLE, au contraire, conclut à l'existence de la pneumonie centrale lorsqu'il ne trouve pas de signes acoustiques, ce qui, dit-il, lui est arrivé assez fréquemment. Il explique, comme CADET de GASSICOURT, l'absence de ces symptômes par l'existence entre le foyer hépatisé et la plèvre d'une portion saine de poumon ; il cite même un cas dans lequel, à l'autopsie, le foyer n'était séparé de la plèvre que par une portion saine de quelques millimètres d'épaisseur, qui suffisait à intercepter totalement les signes stéthoscopiques.

Cependant, d'une façon générale, les vérifications anatomiques n'étaient pas favorables à la pneumonie centrale, si on excepte le cas publié par ANDRAL qui constata à l'autopsie l'existence d'une hépatisation centrale. « Nous devons faire remarquer, déclarait TRIPIER, que nous n'avons jamais observé de pneumonie centrale admise par les auteurs pour expliquer l'absence de signes de cette affection dans certains cas. Ordinairement l'hépatisation la plus étendue est en rapport avec la surface du poumon et par conséquent avec la plèvre, où l'inflammation se continue comme dans le poumon... Toute inflammation procède d'une oblitération des artérioles terminales, plus nombreuses vers la périphérie, qui, de ce fait, est habituellement la région la première et la plus envahie par les processus inflammatoires. »

Il semblait que l'apparition de la radiologie dut concilier les opinions différentes : le foyer pneumonique

se traduisant par une ombre, il allait être facile de voir s'il existait des cas où cette ombre était centrale. Les premiers examens radioscopiques de BÉCLÈRE, VARIOT et CHICOTOT semblèrent le prouver. Mais voici qu'en se réclamant de la radiologie, deux écoles publient des résultats contraires : pour l'une, il n'y a pas de pneumonie centrale, pour l'autre au contraire, l'écran en montrait assez souvent des exemples.

RAPHAËL LÉPINE admettait que les observations de pneumonie centrale correspondaient en réalité à des congestions pulmonaires non hépatisées.

WEILL, examinant des pneumonies muettes, trouve une pachypleurite qui explique l'absence de signes stéthacoustiques. Pour lui, la pneumonie se révèle toujours aux rayons par un triangle à base périphérique, dont la progression se ferait vers le hile. Dans quelques cas même l'écran lui a permis de saisir l'apparition d'une ombre sous-pleurale progressant ensuite vers la profondeur et donnant peu à peu l'image classique du triangle. WEILL n'admet donc pas la pneumonie centrale. Son élève BLANC-PERDUCET déclare dans sa thèse : « L'image à début toujours cortical instruit sur la genèse du bloc hépatisé et figure le processus vasculaire de la lésion, elle ruine l'hypothèse de la pneumonie à hépatisation centrale.. »

G. RABINOVITCH arrive lui aussi aux mêmes conclusions, mais aux constatations radioscopiques il ajoute un argument d'ordre anatomique, d'ailleurs très discutable : « L'hépatisation étant d'origine sanguine et l'oblitération débutant par les plus petits vaisseaux, la lésion est initialement périphérique. On ne peut donc parler de

pneumonie centrale, toute pneumonie étant périphérique par la constitution de son foyer. » Nous aurons l'occasion de revenir sur cette conception.

Une opinion toute opposée est celle des auteurs allemands, qui ont observé aux rayons X de nombreux cas de pneumonie à début central ; RIEDER, VON JACKSH ont confirmé cette origine en s'appuyant sur l'étude radiologique de la pneumonie grippale, mais leurs conclusions ne semblent pas entièrement valables pour la pneumonie franche. RIEDER soutient aussi que toute pneumonie commence par le hile ; le foyer peut ensuite s'étendre vers la paroi plus ou moins rapidement, mais il peut aussi rester central ; il cite à l'appui de son opinion six cas de pneumonie dont une a présenté une ombre centrale pendant toute son évolution ; de plus l'autopsie confirmerait les résultats de la radioscopie car, pour cet auteur, les lésions anatomo-pathologiques seraient plus avancées au niveau du hile qu'à la périphérie.

Selon H. ASSMAN, les images en bande ou en triangle à base axillaire sont les plus fréquentes dans la pneumonie ; mais les hépatisations juxta-hilaires existent également. Cet auteur cite en particulier le cas d'un malade qui présentait une pneumonie grise d'un côté et une image centrale du côté opposé ; l'autopsie a confirmé les données de la radioscopie et montré l'existence d'un foyer d'hépatisation rouge qui n'atteignait pas la périphérie.

Pour ARNSPERGER, également, au début de la pneumonie, l'ombre n'atteint pas la paroi thoracique ; elle peut affecter la forme d'une bande qui s'étend entre le

hile et la surface externe du poumon, ou encore avoir l'aspect d'un coin dont la base est hilaire.

Des constatations analogues ont été faites par DE LA CAMP, DIETLEN, JÜRGENS, HOLZKNECHT, HESSE...

Cé dernier auteur considère le début central et l'évolution périphérique comme le mode habituel de propagation de la lésion pneumonique. Il n'a jamais observé d'hépatisation évoluant de la périphérie ou du milieu d'un lobe vers le centre. L'extension vers la périphérie peut se faire en un jour, après le frisson initial.

Plus récemment les auteurs américains HONEIG, SANTE, HARKAVY et SELBY ont admis que la pneumonie débute au niveau du hile ; mais les exemples auxquels ils font allusion relèvent en général d'une origine grip-pale. STEPHENSON admet indifféremment tous les modes de début : de dehors en dedans, de dedans en dehors, de bas en haut ou de haut en bas.

Certains auteurs, ne s'en tenant pas aux constatations radiologiques ou anatomiques, ont essayé de reproduire expérimentalement des pneumonies ; c'est ainsi que BLAKE et RUSSEL ont inoculé du pneumocoque à des singes par voie trachéale et ont vu se développer chez ces animaux des infections à point de départ hilaire. Il faut d'ailleurs reconnaître que, malgré les résultats obtenus, ces expériences ne sont pas extrêmement probantes, car les conditions de l'inoculation ne sont pas absolument comparables à celles de la contagion naturelle.

En France, les pneumonies centrales déjà observées par VARIOT et CHICOTOT, par BECLÈRE ont fait l'objet d'une communication de MM. ROUBIER et COSTE (1921) ;

ces auteurs, en pratiquant sur un malade un examen radioscopique, découvrirent à la partie inférieure de l'hémithorax gauche une ombre opaque, à contours nettement arrondis, faisant corps en dedans avec l'ombre du cœur. L'évolution, l'apparition de signes cliniques, puis une nouvelle radioscopie quelques jours plus tard permirent de porter le diagnostic de pneumonie centrifuge. Quatre ans plus tard, le D^r ROUBIER publiait une nouvelle observation de pneumonie à début central : Un examen radioscopique pratiqué 10 heures seulement après le frisson initial avait permis d'apercevoir une ombre hilare ; vingt-quatre heures plus tard le foyer atteignait la périphérie à la base de l'aisselle en même temps que le souffle tubaire apparaissait. Il s'agissait dans ces observations de pneumonies lobaires franches, et non de complications pulmonaires de la grippe comme dans beaucoup de cas cités par les Allemands et les Américains.

Des observations analogues ont été signalées dans les thèses de CLAYEUX et de BUDIN, cette dernière inspirée par le D^r ROUBIER ; pour ces auteurs, il ne s'agit généralement pas de pneumonies qui restent centrales pendant toute leur évolution, « mais, déclare VITOT dans sa thèse inspirée par le Professeur MOURIQUAND, de foyers d'hépatisation primitivement centraux, hilaires, et qui ont envahi par la suite la périphérie, présentant ainsi, à la fin de leur évolution, l'aspect classique habituel. »

Pour PAISSEAU et SOLOMON, le début hilare, qui est la règle dans la pneumonie grippale, peut aussi se rencontrer dans la pneumonie franche ; ces auteurs rap-

portent une observation dans laquelle l'examen radioscopique, pratiqué au cinquième jour, montra une ombre centrale ovoïde appendue à un pédicule dont l'insertion est manifestement hilare, séparée nettement de la plèvre médiastine, de la base et de la région axillaire.

Vers la même époque, le Professeur MOURIQUAND, tout en affirmant la rareté de la pneumonie centrale, déclare que son existence lui semble bien démontrée ; il rapporte deux cas de pneumonies centrifuges, l'une observée en 1917 chez un jeune soldat, l'autre en 1922 chez un enfant de 13 ans. Plus récemment Mme G. BILLIET, étudiant les formes anormales de la pneumonie chez l'enfant, apporte une radiographie de pneumonie centrale chez un enfant de 4 ans, et SAVOYE, dans sa thèse sur les formes silencieuses de la pneumonie infantile, publie l'observation d'un enfant de 10 mois chez lequel on trouva une pneumonie centrale.

Enfin, SERGENT, en déclarant que le début périphérique est la règle chez l'enfant, pense que chez l'adulte le développement centripète des images pneumoniques est beaucoup moins constant ; il admet les deux modes d'évolution, l'une centripète, l'autre centrifuge.

*

* *

Si l'existence de la pneumonie centrale a été aussi ardemment discutée, c'est en partie parce qu'on a voulu en tirer un argument pour ou contre l'origine sanguine ou l'origine aérienne de la pneumonie. Deux théories en effet cherchent à expliquer la production du foyer

pneumonique : pour l'Ecole Lyonnaise, l'infection est d'origine sanguine, le foyer pulmonaire n'apparaît qu'après un stade de pneumococcie ; pour les Allemands et les Américains, elle serait d'origine aérienne.

La conception de l'origine aérienne de la pneumonie semblait s'accorder parfaitement avec l'existence de foyers centraux, et les partisans de cette théorie n'admettaient pas le début périphérique de la pneumonie, qui leur semblait difficilement explicable ; celui-ci, au contraire, était affirmé par les auteurs Lyonnais, partisans de la théorie sanguine ; et ces derniers, s'appuyant soit sur leurs constatations radioscopiques, soit sur des recherches anatomiques, refusaient d'admettre les pneumonies à début hilaire. « Si, disait en effet TRIPIER, on fait la lecture de coupes, soit de pneumonies franches aiguës, soit de pneumonies secondaires, on s'aperçoit nettement du rôle capital du processus vasculaire aux différents stades. La doctrine de l'origine aérienne de la pneumonie n'est pas en accord avec l'intégrité de l'arbre trachéo-bronchique et la localisation de l'infection à certains lobes, qui s'expliquent déjà beaucoup mieux, — anatomiquement — par le régime vasculaire des poumons. La vascularisation sanguine pulmonaire et bronchique suivant le trajet et la bifurcation des bronches permet d'expliquer l'infection d'un lobe pulmonaire en entier par voie sanguine. »

M. HESSE envisage quatre modes possibles d'extension : la voie aérienne par l'air inspiré ; la propagation des bronchioles vers les alvéoles ; la voie sanguine et la voie lymphatique. Selon lui la contamination se fait par les trois derniers processus.

Nous n'avons pas à discuter si l'une des théories prévaut sur l'autre ; on peut reconnaître néanmoins que si l'origine sanguine paraît être le plus souvent en cause, la théorie de l'infection aérienne n'est pas sans fondement.

Ce qui nous intéresse, c'est que leurs partisans ont voulu expliquer par l'origine de l'infection le siège du foyer pneumonique. Tout d'abord on peut être séduit par cette idée car on se représente à première vue le poumon comme un organe où les bronches et les gros vaisseaux se trouveraient au centre, et les alvéoles avec le réseau capillaire à la périphérie ; il serait naturel alors qu'une inflammation des artérioles terminales produisit une lésion pulmonaire périphérique. Mais en réalité, le réseau capillaire se trouve disséminé partout dans le poumon, ainsi que le fait remarquer le D^r ROUBIER : « Dans la région du hile, sous les plèvres médiastines et interlobaires, il y a des alvéoles physiologiquement périphériques, tout comme ceux situés sous la plèvre costale, et au niveau desquels peut se localiser une infection d'origine sanguine. Si le début central apporte un argument à la théorie aérienne, il est certain que la question du début de l'hépatisation et celle de la pathogénie de la pneumonie ne sont pas nécessairement deux questions absolument connexes. »

L'objection faite par G. RABINOVITCH à l'hépatisation centrale n'a donc pas de valeur ; celle-ci peut être parfaitement le résultat d'une infection par voie sanguine. Il nous semble que, généralement, c'est ce mode d'infection qui doit être en cause ; ce qui nous incline à cette idée, ce sont, à part les constatations anatomiques de

TRIPPIER, et certains cas de dissémination de foyers pneumococciques extra-pulmonaires, les signes généraux, qui accompagnent le début de la pneumonie, et parfois précèdent l'hépatisation : ces frissons, malaises, vomissement quelquefois, rappellent bien l'allure d'une infection sanguine. Il est possible cependant que la pneumonie relève parfois d'une infection aérienne, comme semblent le montrer les expériences de CÉCIL et BLAKE ; c'est dans les foyers centraux que ce mode d'infection serait le plus vraisemblable.

M. GARDÈRE, se plaçant à un autre point de vue, discute l'existence de la pneumonie centrale. Il considère que le caractère périphérique d'une pneumonie est dû au contact du foyer avec la plèvre ; une hépatisation centrale ne devrait, pour lui, atteindre la plèvre en aucun point ; or, celle-ci, après avoir recouvert la surface du poumon, pénètre au niveau des scissures jusqu'au voisinage du hile. Il y a donc beaucoup de chances pour qu'un foyer pneumonique, même distant de la surface pulmonaire, intéresse la plèvre au niveau d'une scissure, surtout s'il s'agit d'une pneumonie du poumon droit puisque celui-ci présente deux scissures. Lors d'une communication faite par M. ROUBIER à la Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon, M. WEILL avait repris cet argument et remarquait qu'on n'avait pas encore observé de pneumonie centrale à gauche. Mais dans le cas de ROUBIER et COSTE (1921), la pneumonie centrale était à gauche et l'hépatisation paraissait bien en dehors de la scissure. Nous rapportons deux cas analogues.

Pour prouver l'existence de la pneumonie centrale, nous ne pensons d'ailleurs pas qu'il soit d'un gros inté-

rêt de montrer qu'elle n'intéresse en aucun point les scissures; il ne nous semble pas possible qu'un foyer central, même d'une médiocre étendue, ne prenne pas rapidement contact avec l'une d'elles, d'autant plus qu'au niveau du hile celles-ci sont groupées en un petit espace avec les autres éléments pulmonaires. D'ailleurs un foyer pneumonique, fût-il central comme l'entend M. GARDÈRE, il serait difficile de prouver son contact avec les scissures pulmonaires, car celles-ci ne sont que rarement mises en évidence par les rayons X. Enfin nous ne voyons pas en quoi, par sa pathogénie, ses symptômes, son évolution, etc., un foyer central sans contact pleural pourrait se distinguer d'un foyer central adossé à une scissure. Nous pensons donc que la conception de M. GARDÈRE modifie la notion de pneumonie centrale et que l'objection de cet auteur ne semble pas devoir être retenue.

Ainsi, ni l'origine sanguine de l'infection, ni les doutes que l'on peut émettre sur la situation du foyer pneumonique par rapport à la plèvre, ne peuvent infirmer l'existence de la pneumonie centrale ; pour nous, celle-ci ne fait aucun doute puisque l'écran radioscopique a montré de nombreux cas de foyers centraux. La preuve radiologique nous paraît en effet suffisante, lorsque l'affection s'accompagne des symptômes fonctionnels et généraux de la pneumonie, pour affirmer et localiser suffisamment un foyer central. Nous ajouterons que cette preuve est nécessaire, car il est complètement impossible de faire un diagnostic de pneumonie centrale sans examen radioscopique. Les données de l'auscultation sont pour cela insuffisantes puisqu'on a publié un grand

nombre de cas de pneumonies silencieuses avec un foyer périphérique, et qu'on a signalé quelques cas de foyers centraux qui donnaient les signes habituels de la pneumonie.

Nous persistons donc à croire, comme nous l'avons déjà dit dans le premier chapitre de ce travail, qu'on ne peut discuter l'existence de la pneumonie centrale que d'après les données de l'examen radiologique. Celui-ci doit être pratiqué précocement pour pouvoir affirmer le début hilair ou central de l'hépatisation.

Observations

(recueillies dans le service
du D^r ROUBIER, médecin des Hôpitaux)

I. — PNEUMONIES CENTRALES A ÉVOLUTION CENTRIFUGE

Observation I

Déjà publiée (Ch. ROUBIER, *Presse Médicale*, 28 nov. 1925).

C... Auguste, 44 ans, manœuvre.

Le malade a fait un premier séjour dans le service du 22 avril au 24 mai pour pneumonie gauche. C'est un grand éthylique (3 litres de vin par jour, apéritifs) qui se plaint depuis la guerre de bronchites fréquentes les hivers ; il nie la syphilis. Cette pneumonie gauche s'est caractérisée par la symptomatologie classique (matité, souffle tubaire, râles crépitants au niveau du lobe inférieur) ; l'examen radioscopique a montré à gauche, à la partie moyenne, une image triangulaire à base axillaire. La défervescence s'est faite le 9^e jour de la maladie ; les signes cliniques et radioscopiques ont pro-

gressivement disparu et, le 24 mai 1924, le malade quittait le service complètement guéri.

Le 12 juin 1925, il vient se présenter à la consultation. Depuis sa sortie il a fait son travail sans incidents. La nuit dernière, vers minuit il eut un violent frisson et ressentit un point de côté à la base droite ; c'est en somme le cortège symptomatique qui annonce le début d'une

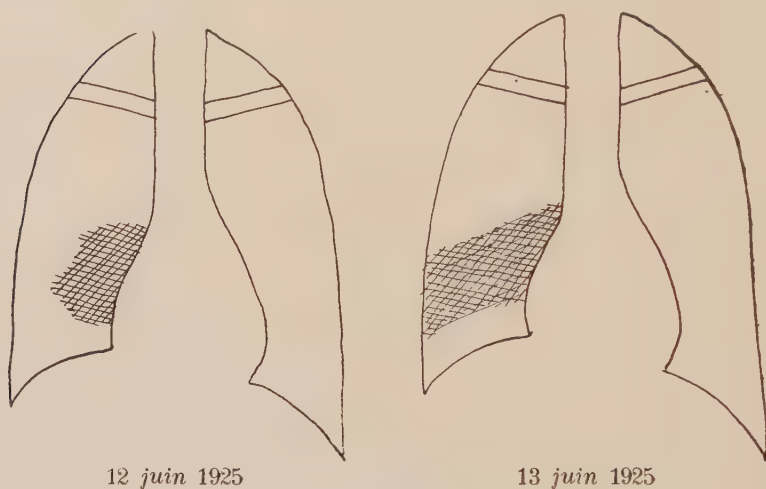


FIGURE 1.

pneumonie. La fièvre est de $39^{\circ}4$, la dyspnée et l'expectoration sont nulles. L'examen clinique de la base droite, siège du point de côté, est à peu près négatif ; la sonorité est normale ; le murmure est affaibli à cet endroit, mais on ne perçoit ni souffles ni râles.

L'examen radioscopique est alors pratiqué à 10 heures du matin (soit 10 heures après le frisson initial) : on voit manifestement du côté droit une zone opaque extrêmement nette, à contours vaguement arrondis, accolée en

dedans à l'ombre médiane, bien séparée de la périphérie et aussi du diaphragme.

Le 13 juin, la fièvre persiste aux environs de 39°, le point de côté est moins violent ; l'expectoration n'est pas teintée ; le pouls est à 92, régulier.

À l'examen on constate aujourd'hui les signes classiques de la pneumonie aiguë franche du lobe inférieur droit (matité dans le 1/3 inférieur, souffle tubaire intense, râles crépitants) ; le souffle se perçoit également à la partie inférieure de l'aisselle, mais pas en avant.

Un nouvel examen radioscopique montre à droite une zone opaque en forme de bande transversale allant du contour cardiaque à la paroi axillaire et laissant entre elle et le diaphragme une zone de clarté normale.

Le 15 juin, le malade présente un délire continué avec agitation ; le pouls est bien plus rapide, mais régulier. Le souffle tubaire persiste très intense à la base droite, les râles sont peu nombreux.

Du côté opposé (gauche), on perçoit en arrière, à la partie moyenne, près de la colonne, un souffle très doux aux deux temps (peut-être s'agit-il de la propagation du souffle du côté opposé ?). Le malade n'a pas eu de point de côté à gauche, son expectoration est un peu teintée.

Le 16 juin, le malade est décédé dans la nuit, à la suite d'un violent accès de delirium tremens.

Autopsie. 18 juin 1925. — A droite, exsudats fibrino-purulents et un peu de liquide puriforme dans la cavité pleurale. A gauche, adhérences sur toute la hauteur.

Poumon droit : pneumonie franche au stade d'hépatisation rouge occupant la totalité du lobe inférieur. Le

lobe supérieur est le siège d'un œdème assez accusé et contient à l'extrême apex un noyau induré fibrineux du volume d'une noisette, avec de petites cavités à parois lisses.

Poumon gauche : pneumonie au stade d'hépatisation rouge occupant les 2/3 supérieurs du lobe inférieur ; le foyer hépatisé a la forme d'un triangle à sommet hilair et à base périphérique. La région sus-diaphragmatique est seulement congestionnée. Le lobe supérieur est normal.

Rien de particulier à l'examen des autres organes.

Observation II

(ROUBIER et COSTE,

Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon, 22 févr. 1921).

F... Alphonse, 38 ans, salle Sainte-Marie.

12 janvier 1921. — L'affection actuelle a débuté, il y a quinze jours, par de la toux. Il y a trois jours, le malade ressentit des frissons, une douleur intense dans la région précordiale, de la céphalée et de la fièvre ; la nuit suivante il vomit du sang ; pas d'hématémèse depuis.

A l'entrée, le malade dyspnéique, cyanosé, a du battement des ailes du nez. Toux quinteuse fréquente. Point de côté intense à la partie antérieure gauche du thorax. A l'auscultation on ne trouve, à gauche, aucun signe net, sauf peut-être quelques frottements pleuraux inspiratoires.

Les rayons X montrent l'existence à la partie inférieure de l'hémithorax gauche d'une ombre opaque, à

contours très nettement arrondis, faisant corps en dedans avec l'ombre du cœur. En position frontale elle atteint à peine la périphérie et s'en écarte nettement quand le sujet est en O. A. D. La limite inférieure est nettement séparée du diaphragme par une zone de clarté normale. La mobilité du diaphragme est un peu diminuée.

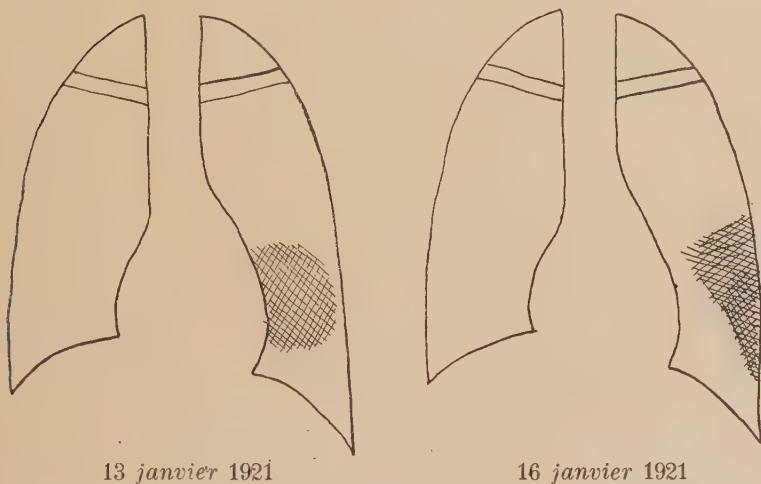


FIGURE 2.

15 janvier. — On entend dans la région axillaire, au niveau du cinquième espace, un souffle inspiratoire très net et quelques frottements pleuraux inspiratoires, d'ailleurs perçus à la palpation par le doigt placé sur le quatrième espace. A cet endroit il existe une petite zone de submatité suspendue entre une zone sus-jacente de sonorité normale et une zone de tympanisme sous-jacente qui occupe tout l'espace de Traube.

16 janvier. — A la radioscopie on voit, à gauche, une ombre opaque de forme triangulaire dont la base est axillaire et la pointe dirigée vers le hile.

18 janvier. — Le souffle a disparu. Encore quelques frottements pleuraux.

23 janvier. — Examen radioscopique négatif.

11 février. — Sort guéri.

Au début le diagnostic clinique était des plus difficiles en raison de l'absence de signes physiques. L'examen à l'écran ne levait pas les doutes. Cette ombre arrondie, au centre du champ pulmonaire pouvait faire penser à un kyste hydatique ou à une collection purulente enkystée. Certains néoplasmes, une bronchiectasie géante, une adénopathie trachéobronchique volumineux peuvent donner une image semblable. Celle-ci n'eut d'ailleurs qu'une durée éphémère ; trois jours plus tard on trouva le triangle pneumonique. Le terme de pneumonie centrifuge convient très bien à notre malade pour exprimer la migration du foyer pneumonique du centre vers la périphérie.

II. — PNEUMONIES CENTRALES PROPREMENT DITES

Observation III

P..., née C..., 71 ans, salle Ste-Marie.

9 mars 1929. — La malade a toujours joui d'une bonne santé ; son mari est mort à 32 ans d'une affection pulmonaire. Elle a eu deux enfants qui sont morts l'un à 8 ans, l'autre à 16 ans 1/2 d'affections indéterminées.

Elle n'accuse personnellement aucune maladie antérieure, si ce n'est une toux persistante, l'hiver en particulier. Pas d'hémoptysie, pas d'affection pulmonaire aiguë. Il y a cinq ans, elle a présenté une crise dyspnéique intense avec cyanose, diagnostiquée par son médecin crise d'emphysème.

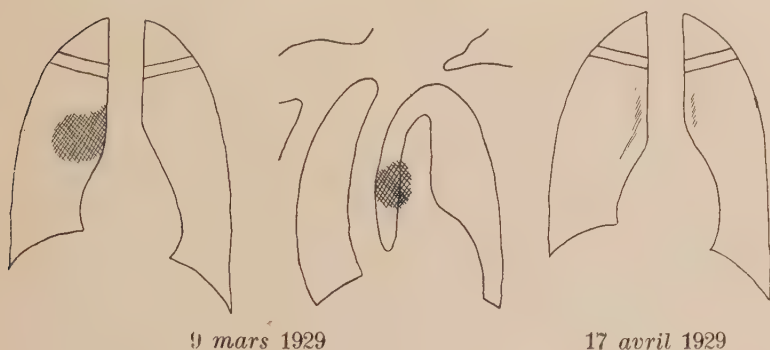


FIGURE 3.

L'affection actuelle semble remonter à deux mois. Elle a eu un début insidieux, marqué par une perte de l'appétit et une toux plus fréquente avec expectoration purulente épaisse et abondante, et un essoufflement facile au moindre effort. La malade est contrainte de cesser son travail et au début de février l'asthénie était telle qu'elle a été obligée de garder le lit ; l'anorexie était presque complète, l'amaigrissement marqué. Il y a 8 jours, en se levant pour aller à la selle, la malade a eu une violente hémorragie rectale, abondante, formée de caillots noirâtres presque purs.

A l'entrée : Malade cachectique et extrêmement affaiblie. Son anorexie est presque complète.

L'examen pulmonaire révèle, à droite, une respiration diminuée, emphysémateuse, au sommet et en avant, avec en arrière des râles muqueux inspiratoires surtout marqués à la partie moyenne du poumon. A gauche, signes de bronchite.

Les crachats sont abondants, jaunâtres, nummulaires.

L'examen radioscopique montre, au niveau de la région hilare droite, une masse noire à limites plutôt nettes, s'avancant peu loin dans le poumon et ne se modifiant pas par la toux. Les sommets sont libres et s'éclairent bien ; les sinus costo-diaphragmatiques également.

En position oblique droite antérieure, on observe cette même masse hilare droite se projetant dans le médiastin postérieur ; elle n'est pas animée de battements.

Le 28 mars. — L'examen radiologique abdominal effectué après lavement bismuthé donne un résultat négatif.

Un examen radioscopique pratiqué le 17 avril montre que l'ombre hilare droite vue le 28 mars a complètement disparu.

Il ne peut s'être agi que d'une pneumonie.

Le 22 avril. — La malade sort guérie.

Cette observation montre l'importance d'un second examen radioscopique, quand les résultats du premier ont été douteux ; au bout de quelques jours, l'image a évolué et sa disparition totale est en faveur d'un foyer pneumonique.

Observation IV

B..., Charles, 41 ans, salle Ste-Marie (Antiquaille).

Le malade a une santé précaire ; dans l'enfance déjà il s'alitait fréquemment ; l'hiver il avait de fréquentes bronchites mais n'a jamais eu d'accidents aigus. Il était souvent essoufflé et toussait sans expectoration notable.

Il y a une quinzaine de jours, le malade a présenté des phénomènes aigus : point de côté violent, dyspnée vive, toux plus fréquente avec expectoration ; ascension thermique à 39°.

Le 21 octobre 1928. — A l'entrée, il s'agit d'un malade affaibli, dont l'état général est précaire, qui est en proie à une dyspnée vive, avec légère cyanose. Il présente une température oscillante.

L'examen pulmonaire révèle :

1) A gauche : matité très nette dans toute l'étendue du champ pulmonaire, surtout prononcée au sommet et en arrière ; on retrouve en avant de la matité, et la sonorité de l'espace de Traube a disparu.

A l'auscultation, en arrière on entend un gros souffle expiratoire avec de nombreux râles de toutes grosseurs, ayant un caractère nettement gargouillant au sommet. En somme bloc dense avec certainement des excavations dans le lobe supérieur.

2) A droite : cliniquement, on entend des râles de bronchite et dans la région mamelonnaire quelques râles plus fins.

La radioscopie montre :

à gauche : une opacité diffuse.

à droite : une grosse tache de toute la région sous-claviculaire.

Cette constatation fait penser à une broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë confluyente, plutôt qu'à la vraie pneumonie caséeuse.

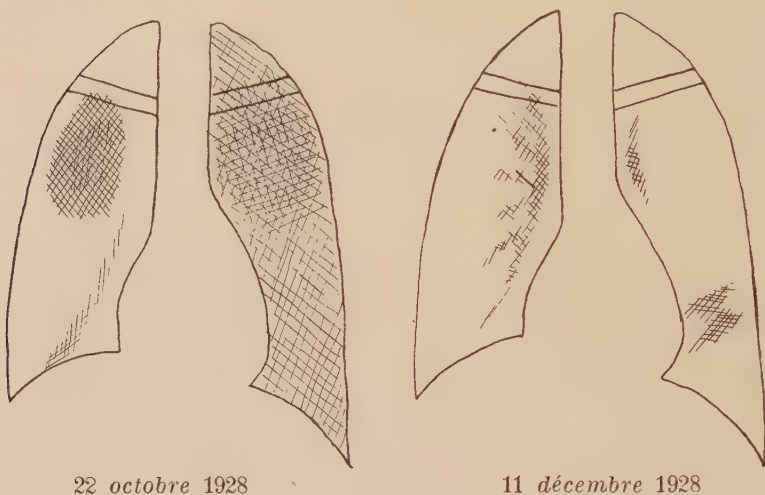


FIGURE 4.

7 Novembre. — La température est complètement tombée depuis une dizaine de jours et l'état du malade s'est amélioré.

L'examen montre que les signes d'auscultation ont diminué ; il y a de la submatité à gauche en arrière, mais la matité de l'espace de Traube a disparu. On entend vers la partie moyenne en arrière un mélange de râles crépitants fins et sou-crépitanes. L'inspiration et l'expiration sont un peu soufflantes à cet endroit, mais sans souffle vrai.

Du côté opposé, quelques râles de bronchite.

L'examen des crachats n'a pas montré de bacilles de Koch.

15 *Novembre*. — On entend quelques râles à la partie moyenne en arrière à gauche ; le souffle a tout à fait disparu. L'examen radioscopique montre que les champs pulmonaires se sont éclaircis des deux côtés.

30 *novembre*. — Actuellement, bronchite diffuse ; pas de fièvre.

14 *décembre*. — Persistance des râles de bronchite.

Observation V

B..., Carindo, 24 ans, salle Lesieur.

10 *janvier* 1931. — Le malade est envoyé par le Dr MOREL pour pneumonie gauche.

Il y a cinq ans, pleurésie gauche avec épanchement. Guérison.

L'affection actuelle a débuté il y a 15 jours environ par de la toux et une expectoration peu abondante. Il y a 3 jours, violent point de côté sous-mammaire gauche, frissons, ascension thermique à 40°7.

A l'entrée : il s'agit d'un malade dont la température oscille entre 38° et 39°, présentant une toux fréquente et une expectoration muqueuse, blanchâtre, non adhérente. L'état général est conservé.

L'examen pulmonaire montre à gauche une sonorité normale, avec à la base une diminution des vibrations vocales. A l'auscultation il existe de l'obscurité respiratoire ; à la base, pas de frottements ; on n'entend ni souffle, ni râles.

13 janvier. — Il n'existe toujours qu'une simple diminution du murmure à la base gauche. Pas de râles.



13 janvier 1931

FIGURE 5.

Mais un examen radioscopique fait découvrir du côté gauche un beau triangle dont la base, dirigée vers l'aisselle, n'atteint pas la paroi. Une nouvelle auscultation au niveau de l'aisselle gauche ne révèle que quelques

frottements pleuraux inspiratoires, sans souffle ni râles.

15 *janvier*. — La température est tombée ; quelques frottements pleuraux dans la région de la pointe du cœur.

17 *janvier*. — Les frottements ont disparu.

18 *janvier*. — Le malade part guéri.

III. — PNEUMONIES DU LOBE MOYEN

Observation VI

Ch. Roubier et Boucomont (Progrès médical, Novembre 1931).

R..., Pierre, salle Lesieur. Entré le 19 avril 1930.

Le malade entre pour une congestion pulmonaire.

On ne retient guère dans ses antécédents que deux faits importants :

1°) Une toux légère apparaissant chaque hiver (la femme du malade est morte de bacillose pulmonaire).

2°) Une imprégnation éthylique accentuée, manifestée par de la zoopsie, des pituites matinales, des épistaxis et surtout par l'existence d'un gros foie avec subictère des conjonctives. D'ailleurs le malade, qui est garçon de café, avoue franchement ses habitudes de boisson.

L'affection actuelle remonte au mardi 15 avril ; le malade étant couché ressentit brusquement un point de côté violent à l'hémithorax droit et à l'abdomen, avec dyspnée, état fébrile, expectoration rouillée, et vomissements.

A l'entrée : malade très fébrile, température à 40°5, sueurs abondantes, délire. A ce moment l'examen est négatif ; on constate seulement l'existence d'un gros foie avec ictère et submatité légère de la base droite, sans râles.

22 avril. — Le malade est en défervescence ; il a eu cette nuit une crise sudorale, sans polyurie notable, et



23 avril 1930

FIGURE 6.

se trouve amélioré. On constate les signes physiques d'une congestion pulmonaire de la base droite : submatité, obscurité respiratoire avec quelques râles sous-crépitaux et sibilances. A la base de l'aisselle du même côté, on perçoit en outre, à la main et à l'oreille, des frottements pleuraux typiques.

23 avril. — A la radioscopie on a vu à la base droite une ombre à contours flous, sus-diaphragmatique, partant de la région hilare inférieure et atteignant à peine la ligne axillaire.

Aujourd'hui on constate à la base en avant une diminution du murmure, avec quelques râles très discrets ;

et dans la région axillaire du même côté (droite), des frottements pleuraux très nombreux et très nets. Il n'y a jamais eu de souffle ; l'expectoration a été peu abondante, mais nettement rouillée. La température qui était au-dessus de 40° est tombée à 38°.

26 avril. — Apyrexie complète. Les frottements ont disparu et le murmure s'entend normalement à la base droite.

29 avril. — Guérison ; disparition complète des signes d'auscultation.

7 mai. — Le malade revient pour être radioscopé ; l'ombre a considérablement diminué ; un point de côté persiste ; l'auscultation est négative.

Observation VII

M..., Joseph, 54 ans, salle Lesieur ; entré le 14 décembre 1930.

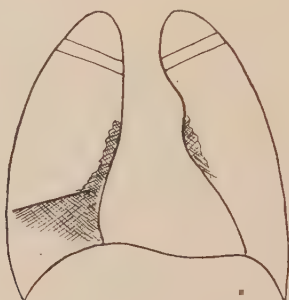
Le malade vient de l'infirmerie de Porte, où il a été mis en observation, avec glace sur le ventre, dans la nuit du 13 au 14 décembre.

Dans ses antécédents on note que son père et un frère sont morts d'affection pulmonaire. C'est un éthylique qui a bu jusqu'à 4 litres de vin par jour, et qui en boit encore 2 litres. Il souffre du foie depuis 1910, mais n'a jamais eu d'ictère. Pas de bronchites, le malade ne tousse ni ne crache.

L'affection actuelle a débuté le 11 décembre. Vers 13 heures, aussitôt après son repas, le malade a vomi, sans

souffrir de l'abdomen. Il est allé à son travail et, vers 16 heures, s'est mis à souffrir violemment dans tout l'abdomen ; la douleur a persisté jusqu'au 14 décembre ; à ce moment l'application de glace sur le ventre, ainsi qu'une potion à la belladone la firent diminuer.

A l'entrée, le malade, dont la température est à 38° , souffre beaucoup moins ; il présente une expectoration muco-purulente.



17 décembre 1930

FIGURE 7.

L'abdomen est souple, bien dépressible ; il existe une douleur assez vive à la pression dans la région épigastrique.

L'auscultation révèle des signes d'emphysème ; au sommet droit l'inspiration est granuleuse. Rien de particulier dans les autres régions.

17 décembre. — L'examen radioscopique montre l'existence dans le champ pulmonaire droit et à sa partie inférieure d'une zone sombre triangulaire à base médiastinale et à pointe axillaire ; c'est un triangle à con-

tours très réguliers. Tout le reste des champs pulmonaires est clair.



FIGURE 8.

23 décembre. — A l'auscultation, à l'endroit correspondant à l'ombre vue à l'écran, on ne trouve absolument rien d'anormal ; il s'agit d'une découverte de la radioscopie.

La température est tombée ; les troubles abdominaux ont bien diminué : il persiste une douleur à la pression au creux épigastrique. L'expectoration est purulente banale.

24 décembre. — Une deuxième radioscopie a montré que l'image précédente avait complètement disparu ; le champ pulmonaire droit est normal. L'ombre était donc certainement de nature pneumonique.

On peut donc reconstituer ainsi l'histoire de la maladie: il s'est agi d'une pneumonie centrale intéressant le lobe moyen, pneumonie qui est restée muette à l'auscultation et s'est manifestée tout d'abord par un point de côté abdominal ayant fait penser à une affection de l'estomac (perforation gastrique).

Etude clinique et radiologique

A la lecture des sept observations que nous avons recueillies dans le service de M. le D^r ROUBIER, on se rend compte immédiatement de l'existence certaine de la pneumonie centrale. La plupart de ces observations sont accompagnées de schémas radioscopiques ou de radiographies qui ne permettent aucun doute : il s'agit bien de pneumonies lobaires aiguës dont tout ou partie de l'évolution s'est passé à distance de la surface pulmonaire. Dans quelques cas, il s'agit de pneumonies du

lobe moyen qui donnent une ombre centrale par rapport au champ pulmonaire, quoique le foyer soit en réalité au contact de la paroi antérieure du thorax.

On doit reconnaître tout d'abord l'extrême rareté de cette affection puisque, sur une centaine d'observations de pneumonies, nous n'avons trouvé que ces sept cas probants. Cependant il est peut-être possible de faire des réserves sur cette rareté et nous y reviendrons à propos de l'étude de l'une de nos observations.

Un premier examen permet de faire la distinction déjà notée par le D^r ROUBIER : il y a des pneumonies à début central et à évolution centrifuge et des pneumonies qui restent centrales pendant toute leur évolution.

Quelle que soit sa forme, l'affection débute en général comme une pneumonie classique par un point de côté violent, de la toux et une élévation de la température ; mais à l'auscultation les signes diffèrent : dans le premier cas, après une période muette de quelques heures à deux ou trois jours, le souffle caractéristique apparaît, tandis que le foyer atteint la périphérie ; au contraire, dans le cas d'une pneumonie qui reste centrale, le foyer demeure silencieux.

L'observation I représente un exemple typique de pneumonie centrale à évolution centrifuge rapide ; au point de vue clinique, le début par un frisson et un point de côté violent est caractéristique, si bien que le malade, qui avait déjà eu une pneumonie, fait son diagnostic lui-même et se présente quelques heures après à l'hôpital. L'examen clinique est cependant négatif, mais la radioscopie qui, dans ces circonstances exceptionnelles, fut

pratiquée 10 heures après le frisson initial, montre à droite une opacité très nette bien séparée de la périphérie et du diaphragme. Vingt-quatre heures plus tard, on constate tous les signes de la pneumonie : souffle intense, matité, râles crépitants, et l'écran montre une bande transversale atteignant la périphérie. Si l'examen aux rayons X avait été moins précoce, le début central de cette pneumonie lobaire aiguë aurait passé inaperçu. Il paraît même probable que la pneumonie du côté opposé, découverte à l'autopsie, a eu aussi un début central ; en effet le souffle du côté gauche s'entendait exclusivement en arrière, près de la colonne, si bien qu'on se demandait s'il ne s'agissait pas simplement de la propagation au côté opposé du souffle de la pneumonie droite ; le malade n'étant plus transportable à ce moment, la vérification radiologique ne put être faite.

En présence de cette observation on se demande si les cas de pneumonie centrifuge ne sont pas plus fréquents qu'on ne l'a cru tout d'abord ; les malades arrivent à l'hôpital bien souvent plusieurs jours après le début de leur maladie, et sont examinés à l'écran beaucoup trop tard. D'autre part, même dans les services où l'appareil radioscopique se trouve dans la salle des malades, il n'est pas toujours possible d'examiner un sujet gravement atteint. Pour toutes ces raisons on peut supposer que bien des pneumonies centrifuges passent inaperçues et sont classées parmi les formes banales.

L'évolution du foyer central vers la périphérie peut être plus lente ; c'est le cas du malade de notre observation II chez qui on a constaté un triangle à base axillaire une semaine environ après le début de la maladie

et quatre jours après qu'une première radioscopie avait montré, à gauche, une ombre arrondie faisant corps avec l'ombre du cœur. L'allure de la maladie fut la même que dans l'obs. I et l'auscultation ne révéla de signes qu'après l'évolution périphérique du foyer.

Ces deux observations montrent bien que l'ombre centrale n'est pas, comme le supposait M. WEILL, dans une discussion à une séance de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon, le résidu d'une hépatisation périphérique ; bien au contraire elle peut en être le point de départ.

Il est fréquent cependant, c'est du moins le cas dans plusieurs de nos observations, que le foyer reste central pendant toute l'évolution de la maladie. Dans de pareilles circonstances, le diagnostic est plus malaisé, même lorsque les symptômes généraux du début sont ceux d'une pneumonie ; car, à aucun moment, l'auscultation ne fait entendre de souffle ni de râles crépitants. C'est dans des cas de ce genre que les données de la radiologie sont d'un grand secours ; sans eux, bien souvent, le diagnostic ne serait pas fait.

En effet, la soudaineté même du début peut causer parfois une erreur de diagnostic, car le point le côté ne siège pas toujours au niveau du foyer pneumonique. C'est le cas de l'observation VII, dans laquelle le vomissement initial et la violence de la douleur abdominale firent penser à une perforation gastrique.

Le diagnostic devient bien plus difficile encore lorsque les troubles généraux perdent tout caractère pneumonique ; nous relevons deux cas de ce genre dans nos observations.

Dans l'un (Obs. III), la malade entre à l'hôpital pour .

une affection à début insidieux, se caractérisant par de l'asthénie, des signes de bronchite et des hémorragies rectales ; bien qu'on ait signalé des hémorragies — hématémèses et méloena — au cours de certaines pneumonies, un pareil symptôme ne pouvait faire penser à une telle affection. Une première radioscopie, montrant une ombre hilaire à droite, ne trancha pas le diagnostic, et ce ne fut qu'après le transfert de la malade dans le service de M. ROUBIER que la rapide évolution vers la guérison et la disparition de l'ombre à un deuxième examen montrèrent qu'on avait bien eu affaire à une pneumonie. MM. PAISSEAU et SOLOMON rapportent une image identique à la nôtre.

Quant au malade de l'Obs. IV, l'histoire de son affection et l'examen clinique faisaient penser bien plus à une atteinte tuberculeuse qu'à une pneumonie. Il s'agit en effet d'un homme d'une santé précaire, vieux tousseur, présentant une température oscillante. Le début de la maladie, une quinzaine de jours avant l'entrée, par un point de côté gauche et une ascension thermique à 39° pouvait faire penser à une pneumonie ; mais l'examen clinique laissait bien plutôt supposer une tuberculose ulcéreuse avec des cavernes au sommet gauche. La radioscopie, il est vrai, ne montrait pas de cavernes, mais cela n'éliminait pas le diagnostic de tuberculose. Le foyer qu'elle avait fait découvrir à droite fut pris d'abord pour une broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë. Ce fut seulement la disparition de l'ombre en quelques jours, l'évolution vers la guérison et l'absence de bacilles de Koch dans les crachats qui firent abandonner cette hypothèse et diagnostiquer une pneumonie.

Cette observation est un exemple d'une forme assez rare de pneumonie, la forme pseudo-tuberculeuse ; cette forme peut se prolonger pendant 2 ou 3 mois, s'accompagner de signes pseudo-cavitaires, d'une fièvre persistante, puis se terminer par la guérison complète.

Du point de vue clinique l'observation n° V est intéressante parce que l'auscultation ne montra tout d'abord aucun signe ; c'est seulement le début caractéristique, la durée de la maladie et son évolution typique qui firent penser à la possibilité d'un foyer pneumonique muet. Celui-ci apparut dans toute sa netteté à l'examen radioscopique et sa situation centrale vraie était indiscutable. L'auscultation attentive au sthétoscope, pratiquée après la radioscopie montra dans la région mamelonnaire la présence de quelques râles qui avaient échappé totalement à l'examen initial.

*

* *

En somme la pneumonie centrale se présente à nous avec des symptômes généraux et fonctionnels qui, bien souvent, rappellent ceux d'une pneumonie banale.

L'affection se caractérise par un début violent avec une ascension thermique marquée, aux environs de 39° à 40° ; celle-ci ne fait défaut que dans un cas (obs. III) ; elle paraît avoir été assez modérée chez le malade de l'observation VII, dont la température n'a atteint que 38°. Le frisson qui annonce le début de l'affection n'a été noté que trois fois (obs. I-II-V). Par contre les vomissements paraissent assez fréquents, nous les rencontrons

chez trois malades (obs. II, VI, VII). Lorsque les autres symptômes ne sont pas caractéristiques, ces vomissements peuvent détourner l'attention du côté de l'appareil digestif.

Des phénomènes hémorragiques se sont produits dans deux cas ; chez un malade (obs. II), ils se sont manifestés par une hématomèse dans la journée qui a suivi le frisson initial ; l'autre (obs. III) a présenté une hémorragie rectale abondante, qui ne s'est d'ailleurs pas reproduite dans le cours de la maladie.

Le plus souvent la maladie ne paraît pas atteindre gravement l'état général^e ; seul notre premier malade, grand éthylique, a présenté du délire et de l'agitation, et est décédé dans un accès de délirium tremens. En général la pneumonie se termine, sinon par une crise caractéristique (obs. VI), du moins par une défervescence rapide.

Les signes fonctionnels, lorsqu'ils existent, sont ceux que l'on constate habituellement dans la pneumonie.

Le plus constant est le point de côté, qui n'a manqué que chez une malade (obs. III). Il faut remarquer que les deux malades qui étaient atteints de pneumonie, du lobe moyen ont présenté, l'un (obs. VI), un point de côté thoraco-abdominal, et l'autre (obs. VII) une douleur violente dans tout l'abdomen. L'expectoration a manqué rarement mais elle n'a été caractéristique, d'aspect rouillé que dans un cas. La toux et la dyspnée n'étaient pas en général très intenses.

C'est au point de vue clinique que la pneumonie centrale se distingue le plus d'une pneumonie banale ; en effet l'examen de l'appareil respiratoire n'a jamais révélé de signes caractéristiques, même lorsqu'il s'est agi de

pneumonies du lobe moyen ; l'auscultation n'a tout au plus permis d'entendre que quelques frottements ou quelques râles. Le souffle n'est apparu, pour les pneumonies à évolution centrifuge, que lorsque le foyer a atteint la périphérie.

Les symptômes que nous venons d'exposer diffèrent parfois beaucoup de ceux d'une pneumonie banale. Nous nous sommes demandés si une semblable différence ne se retrouvait pas dans l'évolution de la pneumonie centrale. Bien que les malades soient en général entrés à l'hôpital après plusieurs jours de maladie, et qu'il soit quelquefois difficile d'avoir des indications précises, sur le début de l'affection, la majorité de nos cas semble avoir évolué en 5 à 12 jours, ce qui est la durée habituelle de la pneumonie. Il en est de même en ce qui concerne le pronostic : bien que nos observations soient en nombre restreint, la gravité de la pneumonie centrale paraît être sensiblement la même que celle des autres formes : sur ces 7 cas, nous relevons un décès. M. HESSE considère cependant cette modalité anatomique comme bénigne.

Au point de vue radiologique, l'ombre obtenue à l'écran est en général de forme assez variable. Elle est souvent plus ou moins nettement arrondie, à limites plutôt nettes, isolée dans le champ pulmonaire ou en contact avec le hile. Lorsqu'il s'agit d'une pneumonie du lobe moyen, la limite supérieure est nettement marquée par la scissure ; la partie inférieure est plus floue et peut atteindre le diaphragme ; l'ombre s'effile vers l'extérieur et n'atteint pas la paroi. Dans deux cas (obs. V et VII), elle avait la forme d'un triangle net dont la base était du

côté de l'aisselle chez le premier malade, du côté du médiastin chez le second.

*
* *

L'étude des cas de pneumonie centrale que nous rapportons, souligne la difficulté du diagnostic et montre toute l'importance de la collaboration entre la clinique et la radiologie ; celle-ci a seule permis dans plusieurs cas de reconnaître la nature pneumonique de l'affection. Il faut remarquer en effet que pendant toute la période où le foyer est resté central, on n'a jamais pu noter de signes stéthoscopiques ; tout au plus a-t-on pu observer quelquefois un peu d'obscurité respiratoire ou quelques frottements, symptômes insuffisants pour établir un diagnostic ferme.

Ceci ne vient pas à l'encontre de la théorie de MM. WEILL et MOURIQUAND sur la pathogénie des souffles mais montre que la situation du foyer pneumonique a tout de même un rôle dans leur propagation et que certaines pneumonies muettes peuvent s'expliquer par ce fait que la lésion est centrale. Il se peut que cette zone d'engouement, qui pour MM. WEILL et MOURIQUAND est le centre de production du souffle soit au début encore trop éloignée de la paroi ; elle s'en rapprocherait dans le cas d'une pneumonie centrifuge, en même temps que le foyer d'hépatisation.

Diagnostic

Dans la pneumonie centrale, comme dans toute pneumonie, le tableau clinique peut manquer de netteté et un certain nombre de diagnostics peuvent se poser ; nous ne les envisagerons pas ici, leur discussion nous entraînerait trop loin ; nous passerons même rapidement sur les problèmes que cette forme de pneumonie suggère en tant que pneumonie muette ; nous nous occuperons uniquement des problèmes posés par la découverte à l'écran d'une ombre hilaire.

Bien que chez un adulte le diagnostic soit en général moins difficile que chez un enfant, on peut être amené à discuter, en présence d'une pneumonie muette, centrale vraie ou primitivement centrale, la possibilité d'un certain nombre d'affections ; on peut la confondre par exemple avec la bronchite diffuse qui accompagne le processus d'hépatisation ; avec des affections extra-pulmonaires : la grippe, l'embarras gastrique fébrile, la fièvre typhoïde s'il existe de la prostration et de la diarrhée. Enfin la distinction entre pneumonie muette et pneumonie centrale ne pourra se faire qu'avec un contrôle radioscopique.

On devra surtout envisager, dans le diagnostic différentiel, des lésions qui, sur l'écran, peuvent prêter à confusion ; à ce moment-là il est évident que le doute n'est permis que lorsque les signes cliniques habituels de la

pneumonie font défaut, comme c'est le cas pour la malade de notre observation III.

Une image franchement opaque, à contours plutôt nets, peut faire penser, si elle se continue avec celle du médiastin, à une tumeur ganglionnaire ou parenchymateuse, à un anévrisme de l'aorte ; dans ce dernier cas on devra chercher si l'ombre est animée de battements, quoique ce symptôme n'ait pas une valeur absolue. Si l'image est séparée du médiastin par une zone claire, il peut s'agir d'une pleurésie enkystée ; on aura alors une ombre plutôt allongée et dont le siège correspondra à une scissure ; à un premier examen ce diagnostic est assez difficile car dans une pleurésie scissurale le poumon est rarement indemne et on constate une opacité diffuse que l'on rapporte à tort à une seule lésion pneumonique. La distinction avec la pleurésie interlobaire est surtout à faire lorsqu'il s'agit d'une pneumonie du lobe moyen ; on la fera d'après la forme de l'ombre qui est triangulaire dans la pneumonie du lobe moyen, ovoïde dans la pleurésie ; de plus l'ombre pneumonique ne masque pas l'image des côtes comme celle de la pleurésie laquelle est beaucoup plus foncée (signe de FLEISCHNER). Enfin c'est surtout l'examen en oblique qui tranchera le diagnostic : dans la pneumonie du lobe moyen l'image est triangulaire et est en contact avec la paroi thoracique antérieure, tandis que dans la pleurésie de l'interlobe l'épanchement écrase le lobe moyen contre la paroi thoracique antérieure et en reste séparé.

On peut encore confondre la pneumonie centrale avec un abcès du poumon, mais un examen attentif pourra montrer la limite supérieure du liquide. Un kyste hyda-

tique, reconnaissable à sa forme sphérique, peut prêter à confusion quand il existe autour de lui un processus pneumonique surajouté.

Lorsqu'on a affaire à un sujet atteint antérieurement de tuberculose, il est difficile de distinguer un foyer pneumonique central d'un foyer tuberculeux ; celui-ci, bien que siégeant le plus souvent au sommet, peut néanmoins occuper n'importe quel point du poumon ; l'examen radiologique sera le plus souvent impuissant et ce seront les symptômes généraux tels que l'amaigrissement considérable, une évolution traînante, la présence de bacilles de Koch dans les crachats qui feront soupçonner la nature tuberculeuse de l'opacité.

Bien souvent d'ailleurs, c'est l'évolution seule qui en montrant la disparition rapide de l'ombre, au bout de quelques jours, permettra de faire le diagnostic de pneumonie.

Nous pensons cependant qu'on n'aura que rarement l'occasion de discuter ces divers diagnostics ; en effet, même en l'absence de signes locaux, les symptômes généraux d'une pneumonie centrale sont souvent assez nets pour faire penser à une pneumonie ; l'examen radioscopique, répété quelques jours plus tard et montrant de quelle façon l'ombre a évolué, dissipera généralement les doutes.

CONCLUSIONS

I. — Le terme de pneumonie centrale doit s'entendre exclusivement du point de vue radiologique : on désigne ainsi une pneumonie constituée par un foyer à aspect radiologique central ou para-médiastinal, dont l'ombre n'atteint, au moins au début, ni la paroi thoracique latérale, ni le diaphragme.

Cette définition permet de distinguer la pneumonie centrale de la pneumonie muette, celle-ci pouvant être à foyer périphérique.

II. — Dans beaucoup de cas le foyer pneumonique reste central pendant toute la durée de la maladie ; il est alors muet à l'auscultation, et seul l'examen radioscopique le mettra en évidence sous forme d'une zone opaque accolée à l'ombre médiane, de forme le plus souvent arrondie ou ovalaire, et à limites souvent assez nettes.

III. — D'autres pneumonies centrales présentent une évolution centrifuge plus ou moins rapide que des examens successifs à l'écran permettront de saisir ; dans ce cas le souffle tubaire ne fait son apparition que lorsque l'image radiologique a atteint la périphérie. Il est possi-

ble que beaucoup de pneumonies lobaires d'apparence banale, ne soient que des pneumonies centrifuges dans lesquelles la phase centrale a été très courte et n'a pu être saisie, faute d'un examen radioscopique précoce.

IV. — La pneumonie du lobe moyen doit être considérée comme une pneumonie centrale, car elle se caractérise radiologiquement par une ombre juxta-médiastinale. Cette ombre a, dans les cas les plus typiques, la forme d'un triangle dont la base s'appuie sur le médiastin et dont la pointe s'effile vers l'extérieur sans atteindre la paroi axillaire.

Vu :
Le Doyen,
J. LÉPINE.

Le Président de la Thèse,
A. CADE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 19 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

ANDRAL. — *Traité d'auscultation.*

ARNSPERGER (H.). — Die Röntgenuntersuchung der Brustorgane und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie. 1 volume de 263 pages, chez Vogel à Leipzig, 1909. Article : Pneumonie, pp. 141-148.

ASSMANN (H.). — Die klinische Roentgendiagnostik der inneren Erkrankungen. 1 volume de 512 pages, chez Vogel à Leipzig. Tome I. Article : Pneumonie, pp. 261-268.

BILLIET (Mme G.). — Formes anormales de la pneumonie de l'enfant. *Thèse de Lyon*, 1927.

BLANC-PERDUCET. — Pneumonie infantile et radiologie. *Thèse de Lyon*, 1919.

BLACK et RUSSEL. — Pneumonie expérimentale chez le singe. *Journ. of exper. med.*, 1919.

BUDIN. — L'examen radioscopique au cours de la pneumonie chez l'adulte. *Thèse de Lyon*, 1922.

CADET DE GASSICOURT. — Leçons cliniques, 1887.

CAMP (DE LA). — Was lehrt uns die radiologische Untersuchung über die Lösungsvorgänge bei der crou-

pösen Pneumonie ? *Forschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen*. Bd. 8, 1904-1905, pp. 323-331.

CLAYEUX. — Pneumonies muettes et pneumonies centrales. *Thèse de Paris*, 1922.

GARDÈRE. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 22 février 1921.

GRISOLLE. — *Traité de la pneumonie*.

HESSE. — *Über zentrale Pneumonie... Münchener Med. Woch.*, 1918, p. 1125.

JAUBERT DE BEAUJEU (A.). — Sur l'examen radiographique de profil pour la localisation des affections intrathoraciques. *Journal de radiologie et d'électrologie*, tome XV, n° 3, mars 1931, pp. 129-140.

LAËNNEC. — *Traité de l'auscultation médiate*. 1826.

LÉPINE (R.). — L'hépatisation pneumonique centrale est-elle une réalité ? *Revue de médecine*, 10 mai 1899, p. 104.

MOURIQUAND. — Pneumonie centrale à évolution centrifuge. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 14 novembre 1922.

— Pneumonie centrale à évolution centrifuge. *Lyon Médical*, 1927, n° 39.

PAISSEAU (G.) et SOLOMON (I.). — Pneumonies centrales et pneumonies muettes. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 28 juillet 1922, p. 1194.

— Les images radioscopiques de la pneumonie franche. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1923, pp. 355-358.

— Etude radiologique de la pneumonie de l'adulte. *Annales de Médecine*, tome XV, n° 1, janv. 1924, pp. 1-23.

RABINOVITCH (G.). — Pneumonies muettes et pneumonies centrales. *Thèse de Paris*, 1923.

RIEDER. — Ueber den Wert der Thorax-Durch Leuchtung bei der Pneumonie, namentlich bei zentraler Lokalisation. *Munchener med. Woch.*, 1906, 1 40, pp. 1945-1948 et 2015-2018.

ROUBIER. — L'examen radioscopique au cours de la pneumonie de l'adulte. *Progrès médical*, 17 février 1923.

— La pneumonie franche à début central et à évolution périphérique. *Presse Médicale*, 28 novembre 1925, n° 95.

ROUBIER et COSTE. — Pneumonie centrifuge (étude radiologique). *Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 22 février 1921, p. 867.

SAVOYE. — Les formes silencieuses de la pneumonie infantile. *Thèse de Lyon*, 1931.

SERGENT. — Exploration radiologique de l'appareil respiratoire. Masson, 1931, pp. 256-263.

STEPHENSON (F. B.). — Lobar and central pneumonias in children. *Amer. journ. of Roentgenology*, 1929, pp. 571-582.

VARIOT et CHICOTOT. — Le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant par la radioscopie. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1899, pp. 542-545.

— *Journal de clinique et de thérapeutique infantile*, 9 mars 1899, tome VII, pp. 151-153.

VITTOT. — La pneumonie centrale à évolution périphérique. *Thèse de Lyon*, 1923.

WEILL. — Pneumonie paradoxale. *Revue de médecine*, 1887, pp. 1032-1035.

WEILL et MOURIQUAND. — Les foyers d'hépatisation pulmoniques silencieux et la radioscopie ; localisations pulmonaires de la pneumonie sans images radioscopiques. *Bulletin de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, 1913.

Table des Matières

INTRODUCTION	9
DÉFINITION	11
HISTORIQUE	13
OBSERVATIONS	25
<i>Etude clinique et radiologique</i>	42
<i>Diagnostic</i>	51
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

IMPRIMERIE DE TRÉVOUX
===== G. PATISSIER =====
===== TRÉVOUX (AIN) =====

